

介護予防における介護予防ケアマネジメントの課題

著者	久山 かおる
雑誌名	鳥取短期大学研究紀要
号	53
ページ	71-85
発行年	2006-06-01
出版者	鳥取短期大学
ISSN	1346-3365
URL	http://doi.org/10.24793/00000190

介護予防における介護予防ケアマネジメントの課題

久 山 かおる

Kaoru KUYAMA : Issues of Preventive Care by Care Managers

平成18年4月抜本的に改正された介護保険法が施行される。今回の改正の大きな柱は介護保険法制度の「持続の可能性を高める」ための、介護予防を重視した「介護予防重視型システム」への転換である。地域支援事業、新予防給付が始まり、地域包括支援センターによる介護予防マネジメントが始まる。このたびの介護予防マネジメントを整理し、課題を踏まえ、これからのあり方を考える。

キーワード：介護予防 介護予防マネジメント 地域支援事業

1. はじめに

平成12年に始まった介護保険制度も平成16年の抜本改正ののち、平成18年4月いよいよ施行される。今回の改正の大きな柱の一つとして介護保険制度の「持続の可能性を高める」ため、「介護予防重視型システムへの転換」が図られ、介護予防を推進するために、地域支援事業、新予防給付が創設された。

その中では、地域包括支援センターが担う「個々の利用者に応じた自立支援」のための介護予防ケアマネジメント（介護予防事業のマネジメント）が重要な役割となっている。

介護保険制度の基本理念は、高齢者の「尊厳の保持」「自立支援」であり、介護保険法第四条においては「介護予防」と「国民の責務」が述べられている。しかし、介護保険制度施行後、見えてきた課題は、要支援・要介護1などの軽度者が増加し、現行の介護保険サービスでは軽度者の状態の改善・悪化防止につながっていない。つまりは介護予防の効果が上がっていないという結果である。

本稿では、介護保険制度改革の大きな柱である「予防重視型システムへの転換」の背景、介護予防

の定義、その中で重要な役割を持つ介護予防ケアマネジメントが果たす役割（参考文献1.）をもとに概説した後、筆者がかかわる地域のインフォーマルサービスに関する事例を述べ、今後の介護予防・介護予防マネジメントの課題について考察する。

2. 「予防重視型システムへの転換」の背景

介護保険制度施行後、介護予防について見えてきた課題は次の4つと考えられている。まず一つめは、介護予防の効果があがっていない、2つめは、死亡の原因疾患と要介護の原因が異なっている、3つめは、高齢者の状態像に応じた適切なアプローチがなされていない、そして四つめは、介護予防のサービスに一貫性・継続性がないということである。

(1) 介護予防の効果があがっていない

介護保険事業状況報告によると、要介護認定を受けた者は、5年5ヶ月で約207万人（95%）増加、特に、要支援・要介護1の認定を受けた者が大幅に増加（148%）増加している。（図1）

従来から、介護状態を防止するための予防給付サービスは提供されていたが、そのサービスメ

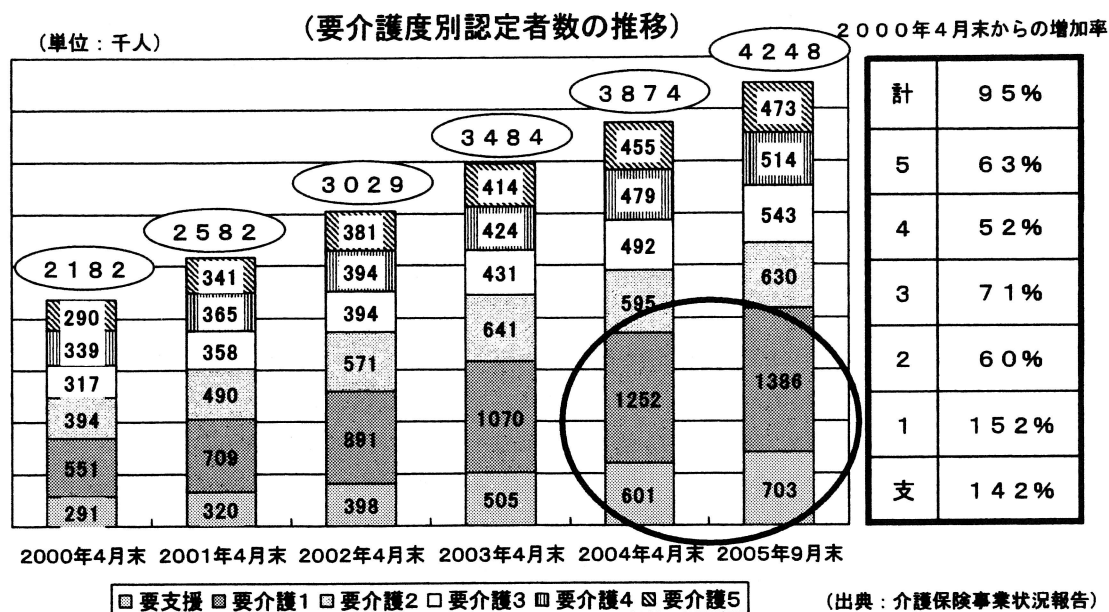


図1 要介護度別認定者の推移

ニューは要介護者に対する介護給付と同一であり、また、介護支援専門員（ケアマネジャー）のケアマネジメントも、利用者が「できないこと」を補う補完的なサービスが主体であったこと、利用者の主体的なかわりが少なく、利用者目標を共有しなかったことが、積極的な介護予防につながらなかった一因とされている。

(2) 死亡の原因と要介護の原因が異なる

要介護の原因と死亡の原因を比較すると、脳血管疾患は共通だが、要介護の原因としては、高齢による衰弱、転倒骨折、認知症、関節疾患といった生活機能低下をきたす疾患・状態が多い特徴がある。

(表1) しかし、これまでの予防対策において、こ

表1 65歳以上の死亡原因と要介護の原因

	第1位	第2位	第3位
65歳以上の死亡原因	悪性新生物 (30.0%)	心疾患 (16.9%)	脳血管疾患 (14.5%)
65歳以上の要介護の原因	脳血管疾患 (26.1%)	高齢による衰弱 (17.0%)	転倒骨折 (12.4%)

出典：平成13年「人口動態統計」及び平成13年「国民生活基礎調査」

の死亡の原因と生活機能低下の原因疾患が異なることに着目したケアマネジメントおよびサービスが実施されていたとはいえない。

(3) 高齢者の状態像に応じたアプローチ不足

要介護者高齢者の状態像として、次の3つに大別されている。

- 1) 脳卒中モデル：脳卒中等を原因疾患とし、急性的に生活機能が低下するタイプ。要介護3以上の中重度者に多い。
- 2) 廃用症候群モデル：骨関節疾患等のように徐々に生活機能が低下するタイプ。要支援、要介護度1等の軽度者に多い。
- 3) 上記に属さない認知症等を原因疾患とする要介護者のタイプ。

高齢者の状態像において、これまで我が国で主流になっていたのは、リハビリテーションの主な対象となる急激に生活機能が低下する「脳卒中モデル」であり、一方、徐々に生活機能が低下する「廃用症候群モデル」や「認知症対応モデル」に対する対応は十分とはいえない状態であった。

増加する要支援・要介護1等の軽度者の多くの原

疾患は、筋骨格系の疾患をはじめとする慢性疾患が多く、下肢機能の低下や栄養状態の悪化による生活機能の低下、環境変化をきっかけとした閉じこもりや初期の認知症・うつなど、徐々に生活機能が低下していった「廃用症候群モデル」に該当している。

また、要介護状態に至る過程や要介護状態の態様も様々である。その原因に応じた対応をすることが生活の活動性をあげ介護予防につながるが、今までの多くはエビデンスに基づいたアプローチが不足していた。

(4) 介護予防のサービスに継続性・一貫性がない

介護保険制度開始当初から、介護予防の観点で提供されているサービスは、介護保険制度に基づく予防給付に併せ、市町村事業として実施されてきた「介護予防・地域支え合い事業」や「老人保健事業」のサービス」などであった。

これらのサービスについては、制度・事業の一貫性や連続性にかけ、対象者に空白や重複がある。サービスの内容に統一性が無く、各職種間の連携も

十分でない。対象者のニーズ・状況に関する的確なアセスメントやサービスの結果に対する評価が実施されていないなどの課題が指摘されている。

以上述べた4つの反省を踏まえ、今回の介護保険制度改革の大きな柱の1つとして、より明確な自立支援に向けた「予防重視型システムへの転換」へとつながっていった。

3. 予防重視型システムの全体像

要支援、要介護1等の軽度者に対して、予防、悪化防止を目的とした、一貫性・連続性のある総合的介護予防システム（図2）を目指し次の制度が新設されている。

(1) 地域支援事業

従来、市町村事業として実施されてきた介護予防・地域支え合い事業、そして老人保健事業のうち介護予防に関する事業を統合・再編し、地域支援事業とし、介護保険事業計画の中に位置づけ一貫性・

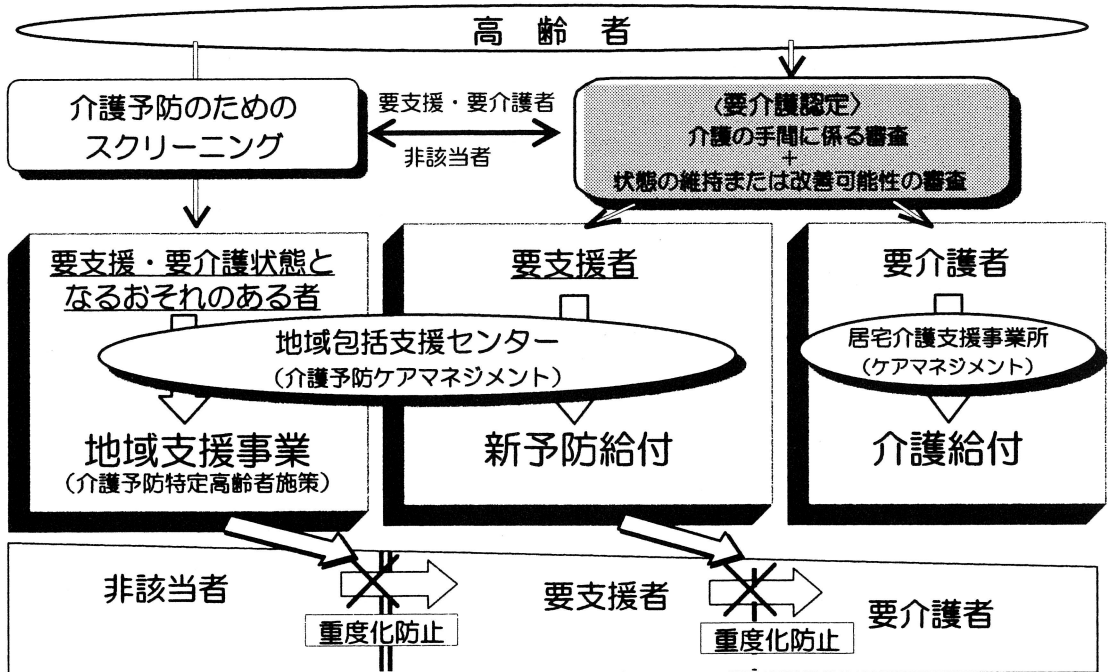


図2 介護予防にかかる施策予防重視型システムの全体像

連続性を目指した。

実施主体は市町村であり、対象は地域のすべての第一号被保険者である。

1) 介護予防事業：(図3)

① 特定高齢者施策（ハイリスクアプローチ）

要支援、要介護状態になるリスクのある虚弱高齢者を対象に行われ、要支援、要介護状態となる可能性の高いと考えられる高齢者の実態を把握する特定高齢者把握事業、虚弱高齢者に対しては、地域包括支援センターにおいて作成される介護予防ケアマネジメントに基づいて介護予防プログラム、「運動器の機能向上」「栄養改善」「口腔機能の向上」などを実施する通所型介護予防事業がある。

② 一般高齢者施策（ポピュレーションアプローチ）

元気な高齢者を対象とし、地域全体で介護予防に関する知識と情報提供、ボランティア活動などを活用した介護予防活動などの実施する。

2) 包括的支援事業

地域包括支援センターによる、介護予防マネジメント、総合相談、地域ケア支援事業、権利擁護。高齢者の虐待防止、があげられている。

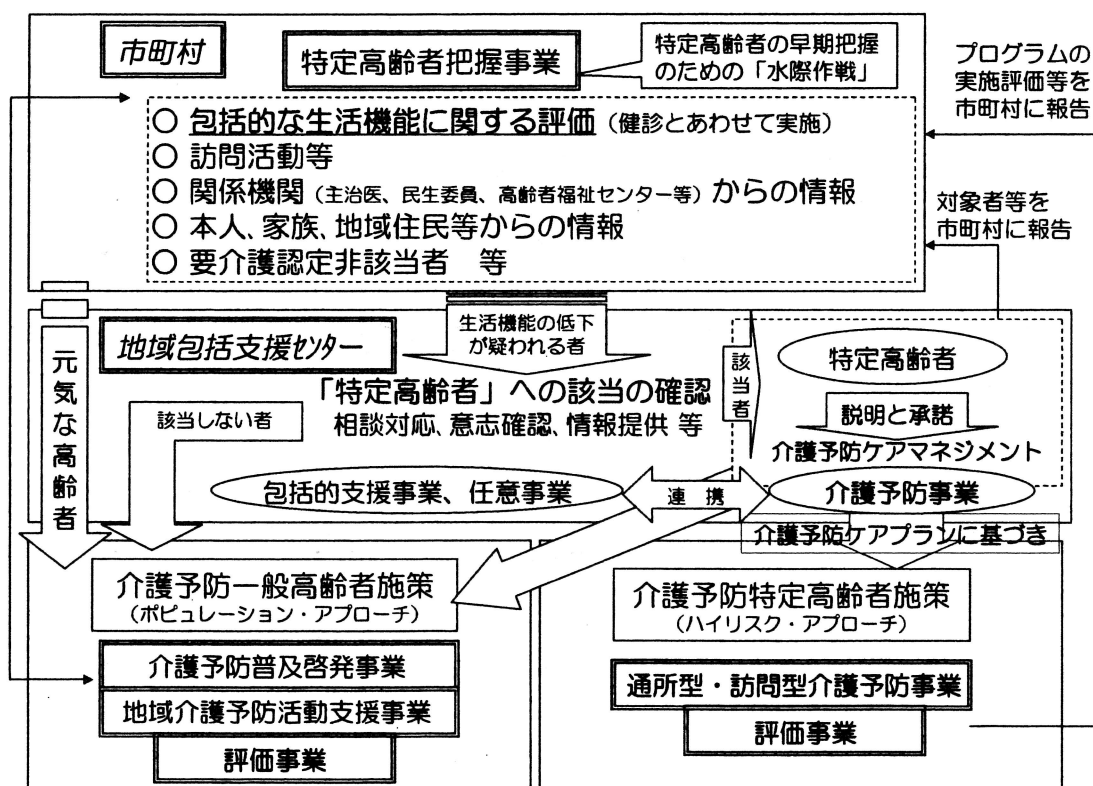
3) 任意事業：地域の実情、必要に応じて市町村が行う事業、介護給付費適正化事業等

(2) 新予防給付

実施主体は市町村（マネジメントは地域包括支援センターが担う）で、対象者は、新しい要介護認定区分の要支援1、2である。

内容については次に示すとおりである。

要支援状態の悪化防止・改善の目的として行われ、ケアマネジメントのプロセスは介護予防事業と同様。提供されるサービスの内容も変わり、従来の居宅サービス（「介護予防サービス」となる）に加え、通所系サービスに「運動器の機能向上」「栄養



平成17年10月厚生労働省介護予防事業

図3 地域支援事業

改善」「口腔機能の向上」などが導入される。

地域密着型介護予防サービスとして、介護予防認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型共同生活介護が創設される。

4. 介護予防マネジメントの果たす役割

従来の介護保険制度の要支援、要介護1等の軽度者のケアマネジメントにおいては次のような問題点が挙げられていた。一つ目は、ケアマネジャーの所属する事業所のサービス、いわゆる自社サービスへの偏りや単品プラン、二つ目は、事業者による「掘り起こし」、三つ目に、地域のサービスとの連携、多職種連携が不十分、四つ目に長期間同じ種類、機能のサービスが使用されている。などである。

本来、軽度者等は改善可能性が高く、介護サービス以外の様々な支援ニーズを持ち、こうした軽度者のケアマネジメントは、改善後のサービス利用も念頭に置き、市町村の介護予防事業や介護保険以外の様々な生活支援サービスの継続性・整合性の確保が重要となる。このため、このたびの改正では、地域全体を視野に入れることができる地域包括支援センターが要支援、要介護になる前のものから軽度者までを一貫した体系のもとでケアマネジメントすることとしている。

地域包括支援センターによるマネジメントでは、①公正・中立なケアマネジメント（サービスとマネジメントの分離）②市町村の介護予防事業や地域の様々な生活支援サービスとの連携・整合性の確保③様々な専門家による多職種連携の実現④介護予防に資しているかどうか、定期的に公正・中立な立場からモニタリングを実施するとなっている。

平成17年11月、新予防給付マネジメント指導者研修会が東京において2日間開催された。

配布された資料（新予防給付マネジメント指導者研修資料：財団法人長寿社会開発センター）の中で、

「介護予防ケアマネジメントの役割は、高齢者が住みなれた地域で安心して生活を継続することがで

きるよう要介護状態になることをできるだけ予防することが重要である。このため本人ができることはできるだけ本人が行うことを基本とし、利用者の生活機能の向上に対する意欲を引き出し、サービス利用後の生活をわかりやすくイメージできるよう、具体的な日常生活における行為について目標を明確にし、セルフケアや地域の公的サービス、介護保険サービスを適切に利用する計画を作成し、達成状況を評価して、必要に応じて経過の見直しを行う一連の過程である」とうたわれている。（下線筆者）

また、介護予防マネジメントの基本理念は、「予防給付においても介護事業においても『個々の高齢者の自立を支援する』という意味で同じであり、一貫性や継続性において連動していることが大切である。つまり、予防給付により生活機能が改善した場合の介護予防事業への移行や、要介護状態の悪化に伴う介護給付への移行などを、一貫・継続したケアマネジメントのもとで実施することが重要である」と述べられており、これは、要介護状態を予防するために改革された予防重視型システムの重要なポイントとなる。

また、介護予防ケアマネジメントにおいては、予防給付や介護予防事業などのサービスだけでなく、地域におけるインフォーマルサービスを活用した介護予防ケアプランを作成する重要性も示されている。

インフォーマルサービスとは具体的には、民生委員や食生活改善推進委員などの地域リーダー、老人クラブや町内会などの地区組織、福祉団体、NPOやボランティア団体、そして精神的に支えになる友人なども含まれる。

次に、高齢者も、障害があっても、子どもも住みなれた地域で安心して暮らせる地域づくり（ご近所型福祉）」を目指して活動する市民グループの介護予防についての取り組みとそこに通う高齢者の事例を紹介する。

6. 市民グループによる予防活動の取り組み ～小規模多機能コミュニティ施設田園～

鳥取県西部にある米子市は人口149,575人、高齢化率は21.2%（平成17年10月現在）の地方都市である。その中心市街地にある、小規模多機能コミュニティ施設田園（以下、「田園」という）は地域の人や高齢者、障害者（児）など多様な人々が連日集る交流施設であり、開設して2年が経過している。

(1) 小規模多機能コミュニティ施設田園の概要

米子の中心市街地の商店街は、全国でもいち早くアーケードを取り入れ約460店舗がならぶ「山陰の商都」として賑わいを見せていたが、昭和57年から続く郊外の大規模店舗の出店や若い世代の郊外流出により約3割以上の店がシャッターを下ろし活気を失っていた。中心市街地の高齢化率は30～40%に達し、急速な少子高齢化が進んでいた。

この中心市街地の、アーケード街の端に位置する「笑い通り商店街」には、市内で一番古い喫茶店があった。かつて米子で一番ハイカラでモダンな店と言われ、高齢者の若いころのデートスポット、お見合いの場所ともなり、高齢者には格別の思い出のある店であったが、長らく閉店したままになっていた。

平成14年6月、「商店街進行組合（笑い通り協議会）」・「社会福祉法人地域（まち）でくらす会」・市民団体の「呆け老人を抱える家族の会鳥取県支部」・「高次脳機能障害者家族会」・「地域を見つめなおす懇談会」などの団体で「いきいき“まちくら”ネットワーク」が結成され、アーケード商店街の空き店舗、旧喫茶店田園を改修し、ご近所型福祉を目指す商店街と福祉の融合施設、小規模多機能コミュニティづくり「田園プロジェクト」が立ち上がった。

「田園プロジェクト」が目指すご近所型福祉とは、
①徒歩や自転車で移動できる近所に福祉サービスがある ②高齢者、障がい者、子どもも共に自分のま

ちでいつまでも暮らせるようにすること ③高齢者を要介護状態にならないようにしていくこと、要介護状態になっても自分のまちで暮らせる仕組みをつくること、とある。

改修費は補助金をもとに、市民1,100人から860万円の寄付金が集まり、平成16年3月に田園はオープンした。

玄関や田園の文字はできるだけ思い出深い喫茶店田園の往時の面影を残し、商店街に溶け込むように配慮されている。

1階は認知症高齢者通所介護施設「デイサービス田園（定員10名）」と喫茶田園（障害のある人の仕事場として精神障害者小規模通所授産所「まちや」へ業務委託）、2階は各種文化教室（表2）を開催する「地域交流センター」、 「呆け老人を抱える家族の会・鳥取県支部」の事務所、健康・介護相談所が設置され、地域交流センター田園への来訪者は年間3,000人である。

表2 地域交流センター田園文化教室プログラム

・絵手紙教室（週1回）
・パソコン教室（週1回）
・太極拳教室（週1回）
・折り紙教室（週1回）
・うたごえ喫茶（隔週）
・カラダ・こころ若返り隊（隔週）
（平成18年3月現在）
シニア起業サロン 4月終了
押し花（講師の都合により休憩）

地域交流センター田園の文化教室の参加費は無料だが、喫茶代として300円の実費負担がある。喫茶は1階の障害のある人の仕事場喫茶田園に依頼するが、この収益が通所する障がい者の経済的自立を支える一部となる。

教室参加者の中から新たな教室が自主的に生まれ、「ものづくり工房田園」が立ち上がり、木工細植木鉢などを作成し、商店街のイベントで販売したりと活動の枠はひろがりをみせている。

地域交流センター田園の講師は教室に通う地域の

人である。長年培ってきた技術や能力など、自分の知識や経験などを生かしボランティアで指導に当たっている。また、講師は別の日には生徒となって他のプログラムに参加する。教室後のお茶タイムは、食べ物のことや、健康のこと、そして介護のこと、笑ったり、心配したりと貴重な情報交換の場となり、「ここに通うことが生きがい」との声もある。

(2) 事例

1) 事例1 Sさん 69歳 独居

平成17年下肢に障害を持ち要介護2の認定を受け退院したSさんは杖をつきかろうじて歩行できる状態であった。浴槽の構造上、入浴が困難となったが、以前絵手紙教室に通っていた田園のデイサービスに相談に行き、入浴を利用することとなった。仲間の誘いもあり、絵手紙も再開。

1年後の現在、Sさんは絵手紙教室だけではなく、「ものづくり工房田園」に所属し、手芸品やガラスの植木鉢などを作っている。近くにできた高齢者のチャレンジショップに毎日のように出かけ、ボランティアで店番をしている。現在の介護度は要支援。

2) 事例2 Aさん 64歳 脳出血後遺症

Aさんは脳梗塞を発症し、軽い麻痺が残り退院、介護保険は申請せず。以前は家業の中心的役割を果たしていたが、病後は辞め、家に閉じこもって笑うことも無かった。家族の強い勧めがあり、田園に参

加。絵手紙に通い始め、仲間もでき、他の教室にも誘われるようになり。現在は、太極拳やうたごえ喫茶にも通う。最近では、市の体操教室にも自転車で出かけている。いつも笑顔が絶えない。

(3) 活動の考察

地域交流センター田園に通う方の中には、Aさんのように病後の方も多い。しかし、教室に通う間に日に日に、表情が明るくなっている。また、教室を通じて新たな出会いと交流が生まれ、次の活動へと移っていく姿を目にする。

Sさんは当初2階に上がるのも困難を要したが、現在では杖を持っていないことも多い。歩いて通える距離、仲間との関係が、Sさんの背中を押し、ADLの向上だけでなく、生きがいづくりにまでつながった例である。

Aさんは退院後閉じこもりの生活を続けていたが、懐かしい田園と以前から興味があった絵手紙が大きな動機となり思い切って参加。絵手紙の楽しさと仲間との交流が、生活範囲のひろがりとなり、次のきっかけとなった。

二つの事例から見えることは、自分の家から歩いて通える場所や馴染みの場所、仲間作りや自己表現する場所の存在が、介護予防に繋がっていることである。

7. まとめと課題

本改正においては「介護予防方重視システムへの転換」において、一貫性、連続性をキーワードに制度の改正が行われたことを論じてきた。

継続的で、連続性のある介護予防の提供を行うためにどのように支援していくのか。新予防給付マネジメントの指導者テキストにおいては、高齢者の自立を支援し、高齢者の自己実現をはかり、QOLを目指す。しかし、インフォーマルな地域システムも構築しなければならない。と多くの役割が述べられている。しかし、これはこのたび初めて言われたこ



写真1 太極拳教室風景

とではなく、従来からの介護保険制度でも介護支援専門員に与えられた役割とされていた。

しかし、結果はこのたびの改正となった現状である。

従来から介護保険の要といわれた介護支援専門員（ケアマネージャー）の仕事のひとつに連絡・調整があるが、サービスを当てはめるだけのマネジメントだけではなく、この連携、微細なことを調整し、人と人を結びつける能力はケアの連続性を達成する大きな要素となるであろう。介護支援専門員は利用者の地区担当保健師が言えるであろうか。このような微細なことが連携の横糸を繋ぐ鍵である。

この緻密な連携を作る力が大きな課題のひとつである。

同じく同テキストにおいて、介護保険制度における介護予防とは「①高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ（発生を予防すること）②要介護状態になっても状態がそれ以上に悪化しないようにする（維持・改善を図る）こと」とされている。

早い段階から、介護予防を実施し、適切に関わっていくことで、高齢者ができる限り自立した生活を送れるようになる。このことは、介護予防が「自立支援」を旨とする介護保険の基本理念をより徹底するものであることがわかる。

そもそも、介護予防は単に身体機能向上のみを目的にするものではない。個々の利用者に応じた自立支援がなされ、要介護状態が改善し、その過程で、一人の人間としての回復、自己実現や喜びが見出されることにより生きがいへとつながっていく、QOLの質が高まっていくことこそが介護予防の真の目的なのである。

このような介護予防を実施するために介護予防ケアマネジメントが実施される。

介護予防の支援の過程での対象者のQOLを高めるためにも、対象者のニーズにより近いサービスをフォーマルサービス、インフォーマルサービスも含めて活用していく必要がある。

多様な価値観や個性を持つ人々にそれぞれマッチしたサービスはインフォーマルサービスの得意とするところであるが、このようなサービスを介護予防マネジメントを行う介護支援専門員が熟知していなければならない。

介護予防の柱である介護予防ケアマネジメントを立案する主任ケアマネージャーが地域包括支援センターに配置されている。各市町村においても今後研修が始まる所であるが、制度開始当初は混乱も予測される。

地域社会全体での生活環境の整備や、地域社会の構築もまた、今後の課題である。このことが、一貫性・継続した介護予防体制につながり、ひいては人々のQOLの向上につながるのである。

参考文献

1. 「介護予防マネジメント指導者研修テキスト」財団法人長寿社会開発センター、2005年
2. 大川弥生「廃用症候群を予防する」、小林秀資「延ばそう健康寿命」、長寿科学振興財団 2005年 p 175～184
3. 安村誠司「閉じこもりを防ぐ」、長寿科学振興財団、小林秀資「延ばそう健康寿命」 2005年、p 271～230
4. 近藤克則「医療・福祉マネジメント」ミネルヴァ書房 2005年
5. 「田園プロジェクト～プロジェクトの歩み」「田園プロジェクト」広報市民応援団、2005年